Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2014–2015

25 424 Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 284 VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2 september 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 18 mei 2015 over het advies commissie Meurs inzake hoofdbehandelaarschap ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 275).

De vragen en opmerkingen zijn op 22 juni 2015 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 1 september 2015 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

kst-25424-284
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

Inhoudsopgave **Blz.**

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het advies van de commissie Meurs inzake het hoofdbehandelaarschap ggz en de reactie van de Minister. Deze leden hebben nog een aantal vragen die zij aan de Minister voorleggen.

– Hoe bevordert de Minister dat partijen uit het veld gezamenlijk komen tot een kwaliteitsstatuut?
– Hoe wordt gewaarborgd dat alle partijen die geestelijke gezondheidszorg (ggz) aanbieden worden betrokken bij de totstandkoming van dit kwaliteitsstatuut om tot een breed draagvlak te komen?
– Wat zijn de verwachte resultaten van het werken aan de hand van het kwaliteitsstatuut en het regiebehandelaarschap op de effectiviteit, kwaliteit en kostenbeheersing van een ggz- behandeling?
– Is de Minister voornemens om de universitair geschoolde orthopedagogen ook toe te laten tot het BIG-register en tot de specialistische ggz?
– Is de Minister voornemens om het ontwerp van de voorgestelde transitieperiode uit de commissie Meurs over te nemen?
– Het rapport geeft geen antwoord op de vraag wat wel een geschikte bekostigingssystematiek voor de curatieve ggz is. Gaat de Minister verder onderzoek doen naar wat wel een geschikte bekostigingssystematiek voor de curatieve ggz is?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

Met veel belangstelling hebben de leden van de PvdA-fractie kennisgenomen van het advies van de commissie Meurs inzake het hoofdbehandelaarschap in de ggz en de reactie van de Minister. Deze leden zijn de commissie zeer erkentelijk voor haar uitgebreide en goed doordachte advies om vanaf 2017 een regiebehandelaar in te stellen ter vervanging van de hoofdbehandelaar. Deze voorgestelde verandering heeft volgens genoemde leden de potentie om in de ggz te zorgen voor betere kwaliteit en afstemming, meer ruimte voor professionals om binnen het behandeltraject passende zorg te leveren en de administratieve lasten terug te dringen zodat er meer effectieve tijd overblijft voor de patiënt. Zij zijn daarom tevreden met de richting van het advies van de commissie.

Wel merken de leden van de PvdA-fractie op dat de impact van de komst van de regiebehandelaar pas bezien kan worden na uitwerking van het kwaliteitsstatuut en de invulling die zorgverzekeraars er vervolgens bij hun inkoop aan geven. Zij zien daarom met veel interesse uit naar de eerste contouren van het kwaliteitsstatuut en de voortgang van de stappen die doorlopen moeten worden om het statuut bij het Kwaliteitsinstituut aan te melden. Hoe houdt de Minister de vinger aan de pols en wordt de Kamer in september geïnformeerd over de voortgang? Hoe stuurt de Minister bij als de voortgang niet naar wens verloopt? Waaruit blijkt dat het Kwaliteitsinstituut over voldoende daadkracht beschikt om haar doorzettingsmacht in te zetten als de voortgang van het kwaliteitsstatuut achterblijft? Hoe moeten zorgverzekeraars, naar de mening van de Minister, alvast toewerken naar de komst van de regiebehandelaar en het bredere scala aan beroepsgroepen dat straks diagnose behandel

combinaties (dbc's) mag openen en schrijven? Hoe kunnen zorgverzekeraars in de tussenliggende periode alvast betekenisvolle stappen zetten in hun inkoop en verantwoordingsproces? Is er voldoende draagvlak onder patiëntenverenigingen, aanbieders en zorgverzekeraars voor het regiebehandelaarschap? Is de Minister voornemens de beweging van hoofdbehandelaarschap naar regiebehandelaarschap, in het kader van integrale zorg, ook in te zetten voor andere zorgdomeinen dan de ggz?

De leden van de fractie van de PvdA erkennen de commissie in haar conclusie dat de huidige werkwijze met hoofdbehandelaars niet leidt tot optimale ggz voor de patiënt. Zorgverzekeraars zijn door gebrekkig inzicht in de kwaliteit van ggz hun toevlucht gaan zoeken in een steeds beperktere lijst van (hoogopgeleide) ggz-professionals die hoofdbehandelaar mogen zijn, horen zij van het veld en lezen zij in het advies van de commissie. Een limitatieve lijst voor het hoofdbehandelaarschap betekent echter niet per definitie dat de kwaliteit van zorg aan patiënten daarbij gebaat is. Door het alleen voor hoofdbehandelaars mogelijk te maken om dbc's te registreren hebben zorgverzekeraars bovendien de kosten geprobeerd te beteugelen zonder dat deze besparing per definitie voortkwam uit een betere kwaliteit van zorg. Hoe kijkt de Minister hierop terug? Hoe gaat de Minister er zorg voor dragen dat alle voor de behandeling relevante behandelaren straks een passende vergoeding voor hun werkzaamheden krijgen en hun expertise kunnen inzetten ten behoeve van de patiënt?

Bovendien leidt de huidige manier van registreren en verantwoorden tot veel extra administratieve lasten voor de hoofdbehandelaar. Dat hebben de leden van de PvdA-fractie nooit een gewenste situatie gevonden. Erkent de Minister dat de omschakeling van regie- naar hoofdbehandelaarschap ook een belangrijke stap kan zijn in het terugdringen van administratieve lasten? Hoe gaat de Minister er zorg voor dragen dat dit gepaard gaat met de minst mogelijke administratieve lasten, zodat iedere behandelaar zoveel mogelijk effectieve tijd aan patiënten kan besteden? Genoemde leden delen de mening van de commissie dat de kwaliteit van de ggz gestimuleerd kan worden met het bindend kwaliteitsstatuut en roepen de Minister op om de totstandkoming daarvan te stimuleren. Is de Minister dat voornemens en hoe gaat zij dat doen? Hoe verhouden deze plannen zich tot het zorgplan «Kwaliteit loont»? Hoe wordt in dit zorgplan al rekening gehouden met de komst van een bindend kwaliteitsstatuut, dat pas per 2017 gereed zal zijn?

Daarnaast zien de leden van de fractie van de PvdA dat er steeds vaker meerdere behandelaren betrokken zijn bij het behandelen van complexe ggz-problematiek. Omdat de hoofdbehandelaar de gehele inhoudelijke verantwoordelijkheid droeg, juichen genoemde leden het toe dat er straks geen sprake meer is van een hoofdbehandelaar, maar van een regiebehandelaar, die verantwoordelijk is voor het inzetten van de juiste behandelaren, samenwerking en coördinatie. Iedere behandelaar draagt dan de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor het eigen deel van de behandeling, terwijl ze worden aangestuurd door de regiebehandelaar. Dat voorkomt de situatie dat de hoofdbehandelaar inhoudelijk verantwoordelijk is voor delen van de zorg waar hij geen expertise of ervaring mee heeft. Klopt de veronderstelling van deze leden dat de regiebehandelaar in veel gevallen de behandelaar met de meeste contacturen met de patiënt zal zijn, in tegenstelling tot de huidige situatie waarbij de hoofdbehandelaar vaak de meest hoogopgeleide behandelaar is maar vaak minder contacturen heeft?

De commissie adviseert om de vereisten voor een regiebehandelaar vast te leggen in het kwaliteitsstatuut, dat ook gelijk voor nieuwe aanbieders een eis zal zijn voor toetreding. Ook de leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat niet iedere beroepsgroep even geschikt is om regie te voeren. Deze leden zijn erg benieuwd naar de uitwerking van het kwaliteitsstatuut en vragen de Minister te borgen dat de vereisten voor regiebehandelaars een goede afweging tussen kwaliteit en beheersbaarheid omvatten, op zo'n manier dat er geen beroepsgroepen onnodig geen regiebehandelaar mogen zijn, terwijl zij dat wel goed zouden kunnen. Hoe gaat de Minister dat doen? Hoe borgt de Minister dat taakherschikking in de ggz van de grond komt en dat de meest passende behandelaar kan worden ingezet? Kan de Minister een lijst aanleveren waarin zij, volgens haar visie, schetst welke beroepsbeoefenaren wel en welke niet voor het regiebehandelaarschap in aanmerking zouden moeten komen? Waarop is deze schikking gebaseerd? Mogen zorgverzekeraars straks, net als bij het hoofdbehandelaarschap, aanvullende eisen stellen aan de regiebehandelaar of de beroepen die in aanmerking komen voor het regiebehandelaarschap inperken? Worden deze eisen geüniformeerd?

De Minister kan zich goed voorstellen dat ook de omvang van de zorgaanbieder een criterium kan zijn voor het regiebehandelaarschap met het oog op het kunnen leveren van 2-uurszorg. In hoeverre houdt een dergelijk criterium in dat het voor professionals van kleine zorgaanbieders moeilijker wordt om regiebehandelaar te zijn en is dit wel wenselijk? Wat betekent dit voor de keuzevrijheid van patiënten en het in stand houden van bestaande behandelaar-patiënt relaties bij patiënten die langdurig of regelmatig zorg nodig hebben? Zou het uitgangspunt niet goede, passende zorg voor de patiënt moeten zijn, waarbij het niet uitmaakt of deze zorg door een grote of kleine aanbieder wordt geleverd zolang er in het gehele zorgtraject maar goed wordt afgestemd en wordt samengewerkt?

De leden van de fractie van de PvdA constateren dat niet iedere huisarts evenveel expertise heeft op ggz-gebied en dat nog niet iedere huisarts gebruikt maakt van de praktijkondersteuner huisarts – geestelijke gezondheidszorg (poh-ggz). Waarom is de Minister van mening dat de huisartsenzorg nog niet moet vallen onder de reikwijdte van het kwaliteitsstatuut? Is dit niet een goede gelegenheid om de kwaliteit van ggz in de huisartsenpraktijk te stimuleren?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

Algemeen

De leden van de SP-fractie hebben met gemengde gevoelens kennisgenomen van de brief van de Minister over het advies van de commissie Meurs inzake het hoofdbehandelaarschap in de geestelijke gezondheidszorg. Deze leden onderschrijven de conclusie van de commissie Meurs dat het hoofdbehandelaarschap is verworden tot een noodgreep van verzekeraars om grip te krijgen op de kostenontwikkeling. Zorgverzekeraars willen met een liefst zo kort mogelijk lijstje van beroepsbeoefenaren die voor het hoofdbehandelaarschap in aanmerking komen de kosten drukken. Naar de mening van de leden van de SP-fractie doet de commissie Meurs er inderdaad verstandig aan zich niet voor dat karretje te laten spannen. In zijn algemeenheid stelt de commissie Meurs dat er een gebrekkig inzicht in de kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg is. Genoemde leden vragen hoe dat is onderbouwd en wat hierop de reactie van de Minister is.

Ondanks dat de leden van de SP-fractie voor een belangrijk deel mee kunnen gaan in de analyse van de commissie Meurs, hebben zij minder vertrouwen in de vermeende oplossingsrichting. Genoemde leden zijn er allerminst van overtuigd dat de introductie van de «regiebehandelaar» en het «kwaliteitsstatuut» de cliënt werkelijk verder gaat helpen. Met het optuigen van een groot team professionals, worden volgens deze leden bovendien de grote ggz-instellingen bevoordeeld. Hiermee komen zelfstandige zorgaanbieders meer in de verdrukking. De leden van de SP-fractie constateren bovendien dat het rapport ook geen oplossing biedt voor de bekostigingssystematiek. Dat is voor deze leden teleurstellend want er is haast geboden bij een oplossing. Genoemde leden ontvangen nog altijd voorbeelden van psychiaters en klinisch psychologen die opgezadeld worden met het hoofdbehandelaarschap van 200 tot 300 patiënten.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat iedere zorgprofessional naar eigen inzicht een behandeling moet kunnen starten. Genoemde leden begrijpen dan ook niet waarop dat gestolde wantrouwen richting de zorgprofessional is gebaseerd. Welke feiten liggen hieraan ten grondslag? Mocht iemand het in hem of haar gestelde vertrouwen beschamen, zijn er dan niet voldoende andere mogelijkheden om daarop aangesproken te worden zoals door de Inspectie voor de Gezondheidszorg? Zou een vergunningplicht vooraf voor kleine of grote aanbieders niet veel effectiever en minder bureaucratisch zijn? Naar de mening van deze leden is deze vergunningsplicht dan de voorwaarde voor contractgarantie. Hoe ziet de Minister deze mogelijkheid?

Is het juist dat er vorig jaar een onderzoek is afgeleverd door SIRA Consulting over de bureaucratie in de ggz? Kan de Minister dat de Kamer doen toekomen? Kan de Minister bovendien een overzicht geven van de huidige contractering van instellingen en vrijgevestigden uitgesplitst naar regio en zorgverzekeraar? De leden van de SP-fractie wensen dit overzicht over de afgelopen jaren met daarbij ook de percentages groei of krimp in de inkoop. Deze leden verwachten een uitgebreide beantwoording.

Regiebehandelaar en inhoud kwaliteitsstatuut

De leden van de SP-fractie vinden het evenals de Minister positief dat de commissie Meurs zich niet heeft laten beperken tot het opstellen van een lijst met beroepen die hoofdbehandelaar mogen zijn in de generalistische basis ggz (b-ggz) en de specialistische ggz (s-ggz). Volgens de commissie Meurs lag dit wel in de opdracht besloten. Is de Minister het met deze leden eens dat de opdrachtformulering aan de commissie Meurs wellicht te sturend is geweest? Is de Minister voorts van mening dat er kostbare tijd verloren is gegaan omdat er nog steeds geen zicht is op een geschikte bekostigingssystematiek? Als de Minister positief is met betrekking tot het werk van de commissie Meurs, verwijt zij dan wellicht zichzelf iets en zo ja wat? Genoemde leden verwachten een uitgebreide reactie.

De leden van de SP-fractie merken op dat de Minister in haar reactie op het advies van de commissie Meurs direct benadrukt dat vooral bij de kleinere zorgaanbieders samenwerkingsafspraken en de inhoud van het kwaliteitsstatuut omvangrijk dienen te zijn. Is de Minister hiermee van plan kleinere aanbieders op te zadelen met nog meer bureaucratie? Acht de Minister het wenselijk dat kleine aanbieders van zorg op deze manier benadeeld worden ten opzichte van de grote instellingen? Is de Minister van mening dat de nog verdere schaalvergroting die zodoende gestimuleerd wordt, gewenst is? Herinnert de Minister zich nog haar volgende uitspraak: «als er nou één sector is die zich zo'n beetje kapot heeft

gefuseerd, dan is het de ggz»?[1] Hoe valt het benadelen van kleine aanbieders enerzijds en het niet gelukkig zijn met de schaalvergroting in de ggz anderzijds, met elkaar te rijmen?

De leden van de SP-fractie merken op dat grote zorgaanbieders weliswaar verplicht moeten ingaan op het verzoek van een kleine aanbieder tot samenwerking, maar dat zij dit beargumenteerd mogen afwijzen. Wat zouden redenen kunnen zijn voor grote instellingen om de samenwerking met kleine aanbieders af te wijzen? Kan de Minister garanderen dat niet iedere aanbieder – of zorgverzekeraar! – met een eigen «oliebollenlijstje» komt? Is de Minister het met genoemde leden eens dat het vreemd is dat een zorgprofessional die klaarblijkelijk kwalitatief voldoende is om regiebehandelaar te zijn, wel door een andere zorgaanbieder geweigerd kan worden om kwalitatieve redenen? Ziet de Minister hier ook de mogelijke dreiging voor kleine aanbieders die de markt uitgedrukt worden door de grote instellingen die alle kennis en kunde in eigen huis hebben? Deze leden zijn van mening dat niet mogelijk concurrerende zorgaanbieders elkaar moeten beoordelen op kwaliteit, maar dat daarvoor de Inspectie in het leven is geroepen. De leden van de SP-fractie opperen dan ook het idee van een acceptatieplicht voor grote instellingen bij het verzoek tot samenwerking. Deze leden verwachten een uitgebreide reactie op bovenstaande vragen en ideeën.

De leden van de SP-fractie vinden het vreemd dat de Minister aannames doet over de kostenbeheersing en er gemakshalve vanuit gaat dat bij de verdere uitwerking hier wel aandacht voor zal zijn. Genoemde leden constateren dat dit een geheel andere houding is dan tot voor kort. Waar komt deze ogenschijnlijk nonchalante houding ten opzichte van de kostenbeheersing ineens vandaan, zo vragen deze leden. Waarop is de verwachting van de Minister gebaseerd dat zorgverzekeraars zich wel zullen committeren aan dit advies? Welke toezeggingen zijn er aan de zorgverzekeraars gedaan dat zij hiermee zullen instemmen? Zien zij of de Minister in de beoogde nieuwe werkwijze mogelijk andere manieren om de kosten te beheersen? Is één van die manieren mogelijk het uit de markt drukken van de kleinere, ongecontracteerde zorgaanbieders? Indien dat het geval is dan zouden de leden van de SP-fractie dat een erg kwalijke zaak vinden. Deze leden hopen dan ook op een stellige ontkenning van deze suggestie en verwachten een uitgebreide toelichting.

Hoe verder?

De leden van de SP-fractie merken op dat het de volgende stap is om samen met veldpartijen te komen tot een model kwaliteitsstatuut. Welke veldpartijen zijn hierbij betrokken? Zitten ook zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierbij aan tafel? Hoe borgt de Minister dat bij het opstellen van een model kwaliteitsstatuut, de kwaliteit leidend blijft en niet de prijs? Evenals met het opstellen van zorgstandaarden, zijn deze leden van mening dat zorginhoudelijke partijen primair betrokken moeten worden. Hoe gaat de Minister voorkomen dat het kwaliteitsstatuut voor zorgverzekeraars een stok wordt om niet gecontracteerde zorgaanbieders mee te kunnen slaan? De leden van de SP-fractie verwachten een uitgebreide beantwoording van de gestelde vragen.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het advies van de commissie Meurs inzake het hoofdbehandelaarschap in de ggz en de bijbehorende beleidsreactie. De lijn van het advies

[1] Handelingen II 2014/15, nr. 27, item 9

van de commissie kan op steun van de leden van de CDA-fractie rekenen. Met de ontwikkeling van het kwaliteitsstatuut waarin het begrip regiebehandelaarschap centraal staat in de organisatie van de kwaliteit van zorg, loopt de ggz-sector in de voorhoede van de zorgsector, zoals GGZ Nederland terecht aangeeft. Deze leden hebben wel nog enkele vragen bij de beleidsreactie van de Minister.

De Minister neemt het advies van de commissie over om de regiebehandelaar degene te laten zijn die de dbc's opent en sluit. De leden van de CDA-fractie vragen of dit betekent dat de regiebehandelaar de eindverantwoordelijke zal zijn in het gehele zorgtraject, zoals dat nu ook bij de hoofdbehandelaar het geval is.

De Minister schrijft in de beleidsreactie dat vanwege de controleerbaarheid zij van mening is dat de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) geen regiebehandelaar kan zijn, omdat deze niet als zodanig in het BIG-register is opgenomen. De commissie Meurs schrijft in haar rapport juist dat het probleem bij de SPV is, dat dit weliswaar een artikel 3 beroep is, maar dat de SPV niet voldoet aan het vereiste van een academische opleiding (NLQF 7). Dit gebrek van een academische opleiding kan echter volgens de commissie gecompenseerd worden door voldoende relevante werkervaring. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan uitleggen waarom zij niet, conform het advies van de commissie, een SPV met voldoende relevante werkervaring wel de gelegenheid wil geven regiebehandelaar te zijn.

De Minister neemt het advies over om het hebben van een kwaliteitsstatuut een eis voor toelating tot de sector te laten worden. Hiermee wordt de kwaliteit van de zorg bij de poort al voor een groot gedeelte gegarandeerd. Onverantwoorde groei van veelsoortige toetreders kan hiermee aan banden worden gelegd. Immers, er worden geen samenwerkingsafspraken gemaakt met aanbieders waarvan aantoonbaar is dat deze kwalitatief hun zaken niet op orde hebben. De leden van de CDA-fractie vragen de Minister om in te gaan op de opmerking die de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP) hierover heeft gemaakt in haar brief van 9 juni 2015 over het «conceptwetsvoorstel Wmg versus vrije artsenkeuze».

De Minister zal uit oogpunt van het voorkomen van administratieve lasten de wettelijke eis van het hebben van een kwaliteitsstatuut vooralsnog beperken tot de curatieve ggz die is verzekerd op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Minister denkt dat dit administratieve lasten voorkomt. Is het niet zo dat doordat het kwaliteitsstatuut niet regime-onafhankelijk wordt gemaakt, zorgaanbieders met verschillende kwaliteitseisen te maken krijgen, en dus juist met meer administratieve lasten te maken krijgen?

De Minister zal de aanbeveling om het begrip «geneeskundige ggz» in de Zvw nader te verduidelijken betrekken bij de agenda voor de toekomst van de ggz. De leden van de CDA-fractie vragen de Minister op welke termijn zij hiervan de resultaten verwacht.

De Minister schrijft dat zij zich kan voorstellen dat de omvang van een zorgaanbieder relevant is voor de inhoud van het kwaliteitsstatuut. De leden van de CDA-fractie vragen op welke manier de Minister dit ziet. En ziet zij dit als een opdracht aan de partijen bij de uitwerking van het kwaliteitsstatuut?

De leden van de CDA-fractie vragen hoe in het nieuwe systeem omgegaan zal worden met toekomstige nieuwe beroepsgroepen in de zorg. Als er een nieuwe beroepsgroep ontstaat, dan zal er immers nog geen formeel kwaliteitsstatuut zijn. Op welke wijze kan een nieuwe beroepsgroep toetreden?

Een probleem voor zorgaanbieders is dat momenteel zorgverzekeraars nadere eisen mogen stellen aan het hoofdbehandelaarschap. De leden van de CDA-fractie vragen of dat met het regiebehandelaarschap anders zal zijn. Hoe wordt voorkomen dat verschillende zorgverzekeraars verschillende eisen gaan stellen?

Genoemde leden vragen op welke manier wordt voorkomen dat er per verzekeraar verschillende (aanvullende) eisen aan het kwaliteitsstatuut worden verbonden, waardoor de administratieve lasten voor zorgaanbieders verder kunnen oplopen.

Het hebben van een kwaliteitsstatuut zal in de zorginkoop van 2017 van belang worden. De verplichting voor aanbieders van ggz om een kwaliteitsstatuut te hebben zal in werking treden op 1 januari 2017. Deze leden vragen hoe de zorginkoop voor 2017 kan verlopen met aanbieders die pas in het najaar van 2016 een kwaliteitsstatuut hebben.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister voornemens is, gezien de aanvraag van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) uit november 2013 en het rapport van de commissie Meurs over het hoofdbehandelaarschap (verschenen op 18 mei jl.) waarin de Minister wordt geadviseerd om positief te besluiten over opname van de beroepsgroep orthopedagogen-generalist als artikel 3 Wet BIG beroep, de orthopedagogen-generalist op te nemen in de Wet BIG. Zo ja, wanneer wordt de procedure daartoe in gang gezet en is opname gerealiseerd? Genoemde leden vragen dit omdat de commissie Meurs streeft naar regiebehandelaarschap met ingang van 2017 en met de behandeling van een wetsvoorstel circa twee jaar is gemoeid.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Minister heeft besloten[2] dat de orthopedagoog-generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog alleen in aanmerking komen voor het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis ggz. Geeft het advies van de commissie Meurs niet aanleiding om die oneigenlijke knip, vanwege de knelpunten die cliënten ervaren en die alleen voor deze twee beroepsgroepen is gemaakt, met ingang van 2016 ongedaan te maken en dus de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor het hoofdbehandelaarschap voor 2016 hierop aan te passen?

Wet BIG en integrale bekostiging

Ingevolge artikel 7:446, eerste lid, BW verbindt de hulpverlener zich tegenover de patiënt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst; de hulpverlener is de contractuele wederpartij van de patiënt en daarmee als opdrachtnemer aan te merken. Tot 2015 was volkomen helder dat zelfstandig gevestigd (toegelaten) medisch specialisten werkzaam in een ziekenhuis hulpverlener en contractspartij van de patiënt waren. Dat was alleen anders als de medisch specialist in loondienst was van het ziekenhuis; dan was het ziekenhuis contractspartij.

---

[2] Aanhangsel Handelingen II, 2012/13, nr. 3135 (Beantwoording Kamervragen over het hoofdbehandelaarschap van orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen, ontvangen 3 september 2013)

Met de invoering van de integrale bekostiging lijkt op dit punt echter een onduidelijkheid te zijn gecreëerd. Hoewel de NZa in haar advies Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015 het behoud van zelfstandigheid van de medisch specialist heeft benadrukt, in de wetsgeschiedenis geen wijziging op het niveau van de rechtsverhouding met de patiënt wordt vermeld, het model samenwerkingsovereenkomst van de Federatie Medisch Specialisten uitgaat van een ongewijzigde rechtsverhouding ten opzichte van de patiënt en de integrale bekostiging een ander vooropgezet doel heeft dan wijziging van de rechtsverhouding met de patiënt, is er in september 2014 een artikel verschenen[3] waaruit zou blijken dat de patiënt vanwege de integrale bekostiging alleen nog maar met het ziekenhuis een geneeskundige behandelingsovereenkomst zou sluiten. Hoewel er later in het tijdschrift Letsel & Schade[4] ook een andere mening is geuit zou het volgens de leden van de CDA-fractie de rechtszekerheid ten goede komen als er duidelijkheid op dit punt komt.
Deze leden vragen daarom te bevestigen dat met de integrale bekostiging niet is beoogd wijzigingen aan te brengen in de rechtsverhouding patiënt – vrijgevestigd medisch specialist, zolang deze medisch specialist zelfstandig blijft.

Een maatschap werd tot 2015 niet als contractspartij van de patiënt aangemerkt vanwege het ontbreken van rechtspersoonlijkheid en dit zal ook zo zijn vanaf 2015. De voor 2015 in de zorg opgerichte coöperaties – denk aan de huisartsenposten – werden evenmin als contractspartij aangemerkt, hoewel zij wel rechtspersoonlijkheid bezitten. Steeds werd de zelfstandig medisch specialist als contractspartij aangemerkt. Wat de situatie vanaf 2015 betreft, lijkt dit laatste ook te volgen uit het Model Ledenovereenkomst van de Federatie Medisch Specialisten; de praktijk wordt niet ingebracht met het oog op behoud van zelfstandigheid van de medisch specialist. Omdat de coöperatie vanaf 2015 een grote rol lijkt te gaan spelen, zou het volgens de leden van de CDA-fractie de rechtszekerheid niettemin ten goede komen als ook op dit punt duidelijkheid wordt gegeven. Deze leden vragen daarom of de Minister kan bevestigen dat met de integrale bekostiging niet is beoogd nieuwe contractspartijen voor de patiënt te creëren.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie vragen hoe ik bevorder dat partijen uit het veld gezamenlijk komen tot een kwaliteitsstatuut.

Partijen hebben er belang bij om samen tot een model kwaliteitsstatuut te komen, dat voorkomt onduidelijkheid en onnodige differentiatie tussen zorgverzekeraars bij de zorginkoop. Partijen zijn daarmee dan ook aan de slag. Ik houd daarbij de vinger aan de pols: ik heb aangegeven dat ik op 15 september de voortgang wil zien. Ik ga ervan uit dat er op dat moment substantiële stappen zijn gezet. Als dat niet het geval is overweeg ik het Kwaliteitsinstituut te vragen actie te ondernemen. In november wil ik nogmaals de voortgang zien. Als partijen dan plausibel kunnen maken dat er in januari 2016 een door alle partijen gedragen model kwaliteitsstatuut is, zal ik in regelgeving bekrachtigen dat aanbieders van curatieve ggz een kwaliteitsstatuut moeten hebben dat is gebaseerd op dat model. Dat model moet dan wel een waarborg bieden voor transparantie, kwaliteit en

---

[3] http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/146774/Het-lot-van-de-geneeskundige-behandelovereenkomst.htm

[4] Letsel & Schade 2015, nr. 1, Wijne, «Integrale bekostiging van invloed op de relatie medisch specialist versus patiënt en de aansprakelijkheid van de medisch specialist?»

doelmatigheid. Aanlevering van ROM-gegevens aan SBG zal daar dan ook in opgenomen moeten zijn. In dit geval treden er de facto geen extra administratieve lasten op ten opzichte van wat partijen al met elkaar hebben afgesproken. Wanneer in november lijkt dat er in januari 2016 geen gedragen model kwaliteitsstatuut zal zijn, dan zal ik in regelgeving opnemen dat aanbieders van curatieve ggz een kwaliteitsstatuut moeten hebben dat is gericht op goede en doelmatige zorg en transparantie daarover en aan een aantal eisen voldoet.

Deze leden vragen ook hoe wordt gewaarborgd dat alle partijen die geestelijke gezondheidszorg (ggz) aanbieden worden betrokken bij de totstandkoming van dit kwaliteitsstatuut om tot een breed draagvlak te komen.

Ik acht het aan te bevelen dat het model kwaliteitsstatuut wordt ingeschreven in het register van het Kwaliteitsinstituut. Standaarden die in dat register zijn ingeschreven vormen immers een belangrijke leidraad voor de zorgverlening en voor de zorg in- en verkoop. Om ingeschreven te worden in het register dienen zowel patiënten als zorgaanbieders als zorgverzekeraars betrokken te zijn bij de aanbieding aan het Kwaliteitsinstituut. Eén van de criteria van het Kwaliteitsinstituut is ook dat aangegeven wordt wie beschouwd worden als relevante partijen en waarop die keuze is gebaseerd.

De leden van de VVD-fractie vragen wat de verwachte resultaten zijn van het werken aan de hand van het kwaliteitsstatuut en het regiebehandelaarschap op de effectiviteit, kwaliteit en kostenbeheersing van een ggz-behandeling?

Ik verwacht dat de kwaliteit, de doelmatigheid en de transparantie zullen verbeteren. Met het kwaliteitsstatuut en het regiebehandelaarschap worden hiervoor extra waarborgen geschapen. Ook kunnen de administratieve lasten dalen en komt er meer helderheid.

De leden van de VVD-fractie vragen of ik voornemens ben om de universitair geschoolde orthopedagogen ook toe te laten tot het BIG-register en tot de specialistische ggz.

In 2016 zal ik een wetsvoorstel indienen om de orthopedagoog-generalist op te nemen in de Wet BIG. Deze beroepsgroep mag nu en in 2016 werken in de gespecialiseerde ggz, echter nu en in 2016, een overgangsjaar tot aan de implementatie van het advies van de commissie Meurs, niet als hoofdbehandelaar. Voor het overgangsjaar worden de huidige regels met een jaar verlengd, er worden voor dat ene jaar geen wijzigingen aangebracht, zeker niet nu de zorginkoop voor 2016 reeds van start is gegaan. Of de orthopedagoog-generalist in 2017 regiebehandelaar mag zijn in de gespecialiseerde ggz, is afhankelijk van de inhoud van het kwaliteitsstatuut en van (het tijdstip van) de aanvaarding van het genoemde wetsvoorstel.

De leden van de VVD-fractie vragen of ik voornemens om het ontwerp van de voorgestelde transitieperiode uit de commissie Meurs over te nemen.

De commissie Meurs doet in paragraaf 6.5 onder het kopje «Transitieperiode» een reeks aanbevelingen. Deze hebben behalve op de ontwikkeling van het kwaliteitsstatuut ook betrekking op wetgeving, toezicht en zorginkoop. Er komt een verplichting om een kwaliteitsstatuut te hebben. Het toezicht op de naleving van kwaliteitsregelgeving en veldnormen voor kwaliteit berust bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Bij de zorginkoop door de zorgverzekeraars zal het bij het Kwaliteitsinstituut

geregistreerd kwaliteitsstatuut leidend zijn. Dit scheelt voor de zorgverleners administratieve lasten. Het is de bedoeling dat het model kwaliteitsstatuut rond de komende jaarwisseling gereed is, zodat zorgaanbieders het kunnen implementeren en het kwaliteitsstatuut een rol kan gaan spelen bij de zorginkoop voor 2017.

De leden van de VVD-fractie vragen of ik verder onderzoek zal doen naar wat een geschikte bekostigingssystematiek voor de curatieve ggz is.

Veldpartijen werken momenteel onder verantwoordelijkheid van de NZa aan een nieuw bekostigingsmodel voor de gespecialiseerde ggz. Voor de gespecialiseerde ggz hebben veldpartijen en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een nieuwe systematiek voor ogen, waarbij per 2017 betekenisvolle stappen worden gezet (fase 1). Hierbij denkt men aan een verdere «verrijking» van de huidige dbc-structuur met gegevens die (meer dan de huidige dbc-hoofdgroepdiagnosen) iets zeggen over de zorgvraag van de ggz-cliënt. Te denken valt aan het cliëntprofiel en gegevens over de fase waarin een aandoening zich bevindt. Bij deze «verrijking» moet rekening worden gehouden met de randvoorwaarden die vanuit de privacywet- en regelgeving van toepassing zijn. Op grond van de registratieresultaten uit fase 1, kan in een volgende fase worden gewerkt aan de vormgeving van meer inhoudelijk gedefinieerde behandelpakketten. Mogelijk kunnen dan de registratie van tijd en/of elementen van de huidige diagnoseregistratie worden losgelaten.
In de generalistische basis ggz geldt met ingang van 2014 al een nieuwe bekostigingssystematiek. In het kader van «Kwaliteit loont» wordt bezien of de bekostiging van de generalistische basis ggz doorontwikkeling behoeft.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik de vinger aan de pols houd en of de Kamer in september geïnformeerd wordt over de voortgang. Zij vragen ook hoe ik bijstuur als de voortgang niet naar wens verloopt.

Ik ga ervan uit dat partijen mij rond 15 september informeren over de voortgang in de ontwikkeling van het kwaliteitsstatuut. Ik zal u uiterlijk in oktober informeren over de stand van zaken en over de eventuele actie die ik op basis van die informatie onderneem. Het Kwaliteitsinstituut is reeds betrokken bij de ontwikkeling van het kwaliteitsstatuut.
In november wil ik nogmaals de voortgang zien. Als partijen dan plausibel kunnen maken dat er in januari 2016 een door alle partijen gedragen model kwaliteitsstatuut is, zal ik in regelgeving bekrachtigen dat aanbieders van curatieve ggz een kwaliteitsstatuut moeten hebben dat is gebaseerd op dat model. Dat model moet dan wel een waarborg bieden voor transparantie, kwaliteit en doelmatigheid. Aanlevering van ROM-gegevens aan SBG zal daar dan ook in opgenomen moeten zijn. In dit geval treden er de facto geen extra administratieve lasten op ten opzichte van wat partijen al met elkaar hebben afgesproken. Wanneer in november lijkt dat er in januari 2016 geen gedragen model kwaliteitsstatuut zal zijn, dan zal ik in regelgeving opnemen dat aanbieders van curatieve ggz een kwaliteitsstatuut moeten hebben dat is gericht op goede en doelmatige zorg en transparantie daarover en aan een aantal eisen voldoet.

De leden van de PvdA-fractie vragen waaruit blijkt dat het Kwaliteitsinstituut over voldoende daadkracht beschikt om haar doorzettingsmacht in te zetten als de voortgang van het kwaliteitsstatuut achterblijft.

Ik heb veel vertrouwen in de daadkracht van het Kwaliteitsinstituut, maar die kan pas blijken als het zover is en inzetten van de doorzettingsmacht van het Kwaliteitsinstituut nodig mocht zijn.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe zorgverzekeraars naar mijn mening alvast toe zouden moeten werken naar de komst van de regiebehandelaar en het bredere scala aan beroepsgroepen dat straks diagnose behandel combinaties (dbc's) mag openen en schrijven.

Naar mijn mening moet eerst duidelijk zijn wat het einddoel is, dat wil zeggen eerst moet de inhoud van het kwaliteitsstatuut duidelijk zijn, voordat daar naar toe gewerkt kan worden.

De leden van de PvdA-fractie vragen of er voldoende draagvlak is onder patiëntenverenigingen, aanbieders en zorgverzekeraars voor het regiebehandelaarschap?

Er is zeker een ruim draagvlak voor het regiebehandelaarschap. Bij het opstellen van het model kwaliteitsstatuut moet blijken of het draagvlak voldoende is voor een uitgewerkt en door alle partijen gedragen model kwaliteitsstatuut met daarin beschreven de rol voor de regiebehandelaar.

De leden van de PvdA-fractie vragen of ik voornemens ben de beweging van hoofdbehandelaarschap naar regiebehandelaarschap, in het kader van integrale zorg, ook in te zetten voor andere zorgdomeinen dan de ggz?

Vooralsnog richt ik mij op de curatieve ggz, maar ik sluit niet uit dat het kwaliteitsstatuut en het regiebehandelaarschap in de curatieve ggz een voorbeeldwerking kunnen hebben naar andere sectoren.

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe ik terugkijk op de limitatieve lijst van beroepen die hoofdbehandelaar mogen zijn en diagnose behandelcombinaties (dbc's) mogen openen en sluiten en zij vragen hoe ik er zorg voor dat alle voor de behandeling relevante behandelaren straks een passende vergoeding voor hun werkzaamheden krijgen en hun expertise kunnen inzetten ten behoeve van de patiënt. Zij vragen ook of ik van mening ben dat de omschakeling van hoofdbehandelaarschap naar regiebehandelaarschap een belangrijke stap kan zijn in het terugdringen van de administratieve lasten.

In mijn aanbiedingsbrief bij het rapport van de commissie Meurs[5] heb ik aangegeven dat de huidige praktijk van het hoofdbehandelaarschap niet altijd even cliëntvriendelijk is en administratieve taken voor zorgverleners en zorgaanbieders met zich brengt. Ik ga ervan uit dat het kwaliteitsstatuut meer duidelijkheid en eenduidigheid biedt voor de patiënt, zorgverlener, zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Een model kwaliteitsstatuut dat staat geregistreerd bij het Kwaliteitsinstituut zal leiden tot meer uniformering en minder differentiatie in eisen tussen zorgverzekeraars en daardoor minder administratieve belasting. Regiebehandelaren bepalen wie zij betrekken bij de zorgverlening. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz zijn bezig met de actualisatie van de tabel waarin de beroepen staan die tijd mogen schrijven in een dbc.

De leden van de PvdA-fractie vragen of ik het kwaliteitsstatuut bindend ga voorschrijven en hoe ik de totstandkoming van een model kwaliteitsstatuut stimuleer. Deze leden leggen de relatie met «Kwaliteit loont».

---

[5] Kamerstuk 25 424, nr. 275 d.d. 18 mei 2015.

In mijn brief van 18 mei 2015 ter aanbieding van het rapport van de Commissie Meurs en in de Voortgangsrapportage «Kwaliteit loont» van 30 juni 2015[6] heb ik aangegeven dat ik werk aan een verplichting voor aanbieders van curatieve ggz om een kwaliteitsstatuut te hebben. Hoe ik de totstandkoming van een model kwaliteitsstatuut stimuleer heb ik aangegeven in het antwoord op de eerste vraag van de leden van de PvdA-fractie.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het klopt dat de regiebehandelaar in veel gevallen de behandelaar met de meeste contacturen met de patiënt zal zijn, in tegenstelling tot de huidige situatie waarbij de hoofdbehandelaar vaak de meest hoogopgeleide behandelaar is maar vaak minder contacturen heeft?

Ik ga ervan uit dat dat inderdaad klopt, maar het zal van de precieze invulling van het kwaliteitsstatuut en bijvoorbeeld van de opleiding van degene met de meeste contacturen afhangen of dat ook inderdaad het geval zal zijn. Ik verwacht dat het begrip «regiebehandelaar» beter zal aansluiten bij de praktijk dan het begrip «hoofdbehandelaar» en daardoor op meer draagvlak van patiënten kan rekenen.

De leden van de PvdA-fractie vragen mij te borgen dat de vereisten voor regiebehandelaren een goede afweging tussen kwaliteit en beheersbaarheid omvatten en dat taakherschikking in de ggz van de grond komt.

In mijn brief van 18 mei 2105 schreef ik dat ik verwacht dat de kwaliteit van de zorg omhoog gaat als de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar zijn ingebed in een goede organisatie van de zorgverlening waarin samenwerking rondom de patiënt centraal staat. Tevens gaf ik aan dat ik ervan uitga dat bij de uitwerking van het kwaliteitsstatuut expliciete aandacht zal worden besteed aan doelmatigheid en kostenbeheersing. Taakherschikking kan hierbij een rol spelen. Op dit moment weet ik nog niet hoe dit vorm zal krijgen, maar ik zal deze aspecten zeker betrekken bij de afweging die ik in september maak met betrekking tot de ontwikkeling van een model kwaliteitsstatuut.

De leden van de PvdA-fractie vragen of ik een lijst kan aanleveren waaruit blijkt welke beroepsbeoefenaren wel en welke niet voor het regiebehandelaarschap in aanmerking zouden moeten komen.

Ik zie het niet als mijn rol om zo'n lijst op te stellen, het is nu aan veldpartijen om zelf vorm te geven aan het regiebehandelaarschap.

De leden van de PvdA-fractie vragen of zorgverzekeraars straks aanvullende eisen mogen stellen aan de regiebehandelaar of de beroepen die in aanmerking komen voor het regiebehandelaarschap mogen inperken.

Formeel mogen zorgverzekeraars nadere kwaliteitseisen stellen in hun polissen of in de contracten met zorgaanbieders. Als er een breed gedragen, bij het Kwaliteitsinstituut ingeschreven model statuut komt, zullen zorgverzekeraars zich daar bij hun zorginkoop op richten.

De leden van de PvdA-fractie gaan ervan uit dat ik in mijn brief van 18 mei 2015 heb bedoeld te zeggen dat de omvang van een zorgaanbieder een criterium kan zijn voor het regiebehandelaarschap met het oog op het kunnen leveren van 24-uurszorg. Zij vragen of dit wel wenselijk is voor professionals van kleine zorgaanbieders en voor de keuzevrijheid van

[6] Kamerstuk 31 765, nr. 153.

patiënten. Zij vragen zich voorts af of het niet het belangrijkste is dat er goed wordt afgestemd en wordt samengewerkt?

Ik ben het met de leden van de PvdA-fractie eens dat voorop staat dat er goede, passende zorg geleverd wordt aan de patiënt en dat zorgverleners in dat kader afstemmen en samenwerken. In mijn brief heb ik bedoeld te zeggen dat ik mij kan voorstellen dat het kwaliteitsstatuut er voor kleine zorgaanbieders (die bijvoorbeeld geen raad van bestuur hebben) anders uitziet dan voor grote aanbieders. Een kleine aanbieder die zelf geen 24-uurs zorg levert zal er zorg voor moeten dragen dat er goede afspraken moeten zijn met een aanbieder die dat wel doet. Ook in dit geval moet de zorgaanbieder 24 uurs-zorg garanderen aan zijn patiënten. Een zorgverlener die werkzaam is bij een kleine zorgorganisatie kan de rol van regiebehandelaar vervullen, onder de eerdergenoemde voorwaarde.

De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom ik van mening ben dat de huisartsenzorg nog niet moet vallen onder de reikwijdte van het kwaliteitsstatuut.

Om de ambities realistisch te houden richt ik mij vooralsnog op de curatieve ggz.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie vragen waarop het uitgangspunt van de commissie Meurs is gebaseerd dat er een gebrekkig inzicht in de kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg is en wat mijn reactie hierop is.

Ik ben met de commissie Meurs van mening dat het inzicht in de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg gebrekkig is en dat dit een kernprobleem is in de ggz. Er zijn nog slechts ten dele vergelijkbare uitkomsten tussen instellingen, of een reeks vergelijkbare uitkomsten binnen één instelling.[7] Een aantal uitkomstindicatoren is daarbij gebaseerd op de Routine Outcome Monitoring (ROM)gegevens die worden aangeleverd aan de Stichting Benchmark GGZ (SBG). Deze aanlevering vindt bij lange na nog niet in de beoogde mate plaats: bij instellingen is sprake van een bruikbare respons van ca. 40%, vrijgevestigde aanbieders van ggz leveren nog geen ROM-gegevens aan bij SBG. Bij de IGZ worden veiligheidsindicatoren aangeleverd. De Argus-database bevat informatie over separaties. Deze gegevens zeggen echter niet zoveel over het effect van behandelingen. Een centrale registratie van ROM-gegevens kan wel inzicht geven in het effect van behandelingen, wat de verschillen zijn tussen zorgaanbieders en wat we van de praktijkvariatie kunnen leren. Het Centraal Planbureau wijst eveneens op informatieproblemen in de zorg (gebrekkig zicht op welke behandeling en hoeveel behandeling nodig is en op de effectiviteit van behandelingen)[8]. De NZa geeft in de beleidsbrief bij de marktscan GGZ aan dat de ggz qua transparantie van de kwaliteit van zorg achterblijft op andere zorgsectoren[9].

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat iedere zorgprofessional naar eigen inzicht een behandeling moet kunnen starten. Zij vragen op welke feiten het wantrouwen richting de zorgprofessional is gebaseerd. Zij wijzen op de mogelijkheden om zorgaanbieders aan te spreken, zoals door de IGZ.

---

[7] Trimbos-instituut, Trendrapportage 2012. Deel 3A: Kwaliteit en effectiviteit, Naar transparante kwaliteitsinformatie, 2012.

[8] Centraal Planbureau Policy Brief 2015/12, Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg.

[9] U toegezonden op 8 juli 2015.

De zorgprofessional heeft zijn professionele verantwoordelijkheid en bepaalt in de spreekkamer zelf, in goed overleg met de patiënt, de behandeling. Hij handelt daarbij op basis van de geldende richtlijnen en zorgstandaarden. Alleen met goede zorginhoudelijke argumenten mag hij daarvan afwijken. Het naar eigen inzicht starten van een behandeling gaat dus niet zo ver dat een zorgprofessional ongemotiveerd af mag wijken van de professionele standaard.
Hierboven gaf ik aan dat de transparantie in de GGZ-sector tekort schiet. Transparantie over de kwaliteit is nodig voor de cliënt om tussen zorgaanbieders te kunnen kiezen, voor zorgaanbieders om zich te vergelijken met andere zorgaanbieders en daarvan te leren en te verbeteren, voor de inkoop van zorg door zorgverzekeraars om goede en doelmatige zorg te kunnen inkopen en informatie over de kwaliteit van de zorg is voor de toezichthouder van belang om risico gestuurd en effectief toezicht te kunnen houden. Met het oog op goede en doelmatige zorg voor de cliënt en het steeds verder verbeteren van die zorg moeten zorgaanbieders vooral ook zelf hechten aan transparantie.

Uiteraard is het van belang dat zorgaanbieders, die niet conform de wettelijke vereisten of kwaliteitsstandaarden handelen, daarop worden aangesproken. De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat dat gebeurt. Dat aanspreken zal in eerste instantie binnen de organisatie van de zorgaanbieder zelf moeten gebeuren (via bijvoorbeeld veilig incident melden of intervisie, door een actieve rol van de raad van bestuur of de raad van toezicht) of binnen de beroepsgroep (via bijvoorbeeld intervisie en/of accreditatie). Daarnaast is het de rol van zorgverzekeraars om zorgaanbieders die niet goed presteren aan te spreken in het kader van de contractering en voor ondermaatse zorg geen contract te sluiten. Het toezicht door de IGZ is een sluitstuk; de IGZ houdt risicogebaseerd toezicht.

Deze leden vragen zich tevens af of een vergunningplicht vooraf voor kleine of grote aanbieders niet veel effectiever en minder bureaucratisch zou zijn? Naar de mening van deze leden is deze vergunningsplicht dan de voorwaarde voor contractgarantie.

Op 7 mei jl. is uw Kamer geïnformeerd over de resultaten van de IGZ-pilot nieuwe toetreders 2014.[10] Om te komen tot effectief toezicht op kwaliteit van nieuwe toetreders, heb ik in de brief van 7 mei jl. een meldplicht onder voorwaarden aangekondigd voor alle nieuwe toetreders die vallen binnen het toepassingsbereik van het Wetsvoorstel Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Nieuwe toetreders mogen zonder succesvolle melding niet starten met het verlenen van zorg. Deze meldplicht onder voorwaarden wordt meegenomen in de aanpassing van de WTZi. Een wetsvoorstel zal naar verwachting begin 2016 aan uw Kamer kunnen worden aangeboden.
Een vergunningplicht kan in het huidige zorgstelsel niet leiden tot een contractgarantie, zoals de leden van de SP graag zouden zien. Verzekeraars hebben in het zorgstelsel een zorgplicht en de taak en de vrijheid om verstandig te kiezen welke zorg zij bij welke zorgaanbieders inkopen. Een WTZi-toelating of het voldoen aan een meldplicht zal daarbij een rol spelen, maar kan geen garantie op een contract zijn, mede omdat het de kwaliteit van zorg in de toekomst niet kan voorspellen. De zorgverzekeraar zal de kwaliteit van de geleverde zorg willen beoordelen, ook aan de hand van prestatiegegevens in de loop der jaren.

[10] Kamerstuk 31 765, nr. 143

De leden van de SP-fractie vragen of er vorig jaar een onderzoek is afgeleverd door SIRA Consulting over de bureaucratie in de ggz en of ik dat de Kamer kan doen toekomen.

Nee, het onderzoek is nooit verder gekomen dan een concept-versie. Op bestuurlijk niveau is toen geconcludeerd dat het concept niet voldoende werd ondersteund. Het rapport is niet vastgesteld. Gegeven dat het een ongedragen rapport in conceptfase betreft, stuur ik dergelijke rapporten niet aan uw Kamer. Wel is afgesproken verder te werken aan een vermindering van ongewenste regeldruk. Dit onderwerp zal een plaats krijgen in de toekomstagenda voor de ggz die ik u in het najaar zal toesturen.

De leden van de SP-fractie vragen naar een overzicht van de contractering van instellingen en vrijgevestigden, uitgesplitst naar regio en zorgverzekeraar in de loop van de tijd.

VWS ontvangt contracteringsinformatie van de geneeskundige ggz. Dit betreft contracteringsinformatie voor de hele sector naar verschillende typen contracteringsvormen. VWS beschikt niet over gegevens uitgesplitst naar regio en zorgverzekeraar. De meest recente contracteringsuitvraag over 2015 staat opgenomen in tabel 1 en de uitvraag over 2014 (peildatum september 2014) in tabel 2.

Tabel 1 Contractinformatie Geneeskundige GGZ (in miljoen euro)

	Verwachte schadelast 2015
Gecontracteerde zorg: open einde contract	39
Gecontracteerde zorg: plafond	3.187
Lopende onderhandelingen	110
Niet gecontracteerde zorg	122
Totaal	**3.458**

Tabel 2 Contractinformatie Geneeskundige GGZ (in miljoen euro)

	Verwachte schadelast 2014
Gecontracteerde schadelast	3.717
Reserveringen restitutie (geen contract)	114
Overige reserveringen	1
Lopende onderhandelingen	13
Niet uitgesplitste schadelast	63
Totaal	**3.907**

De leden van de SP-fractie vragen of ik het met hen eens ben dat de opdrachtformulering aan de commissie Meurs wellicht te sturend is geweest en of ik mijzelf iets verwijt.

De opdracht is in het voorjaar van 2014 door de partijen van het toenmalige bestuurlijke akkoord voor de ggz opgesteld, gegeven het denken van dat moment. Op dat moment dachten alle partijen inclusief ik zelf in termen van beroepen en hoofdbehandelaarschap. De commissie heeft zich door de formulering van de opdracht niet laten belemmeren om een ander denkkader te hanteren. Partijen en ikzelf zijn hier zeer over te spreken omdat het advies een goede basis legt om met elkaar stappen te zetten in het al langer lopende vraagstuk rond het hoofdbehandelaarschap.

De leden van de SP-fractie vragen of ik van mening ben dat er kostbare tijd verloren is gegaan omdat er nog steeds geen zicht is op een geschikte bekostigingssystematiek.

Veldpartijen werken momenteel onder verantwoordelijkheid van de NZa aan een nieuwe bekostigingssystematiek voor de gespecialiseerde ggz. Het ontwikkelen van een andere bekostigingssystematiek voor de gespecialiseerde ggz behoorde niet tot de opdracht van de commissie Meurs.

De leden van de SP-fractie merken op dat ik in mijn reactie op het advies van de commissie Meurs benadruk dat vooral bij de kleinere zorgaanbieders samenwerkingsafspraken en de inhoud van het kwaliteitsstatuut omvangrijk dienen te zijn en zij vragen of ik kleine aanbieders daarmee niet benadeel ten opzichte van grote aanbieders en hoe dat zich verhoudt tot het feit dat er in de ggz toch al veel fusies hebben plaatsgevonden.

In mijn brief staat dat ik mij kan voorstellen dat de omvang van de zorgaanbieder relevant is voor de inhoud van het kwaliteitsstatuut. Ik heb geen verband gelegd tussen de omvang van de aanbieder en de omvang van het kwaliteitsstatuut. Waar een grote aanbieder in zijn kwaliteitsstatuut wat meer zal moeten opnemen over de interne organisatie van de zorgverlening, zal een kleine aanbieder meer moeten opnemen over de wijze van samenwerking met andere zorgaanbieders. Ik benadeel de ene groep aanbieders dan ook niet ten opzichte van de andere en ben ook niet voornemens dat te doen. De uitgangspunten voor het kwaliteitsstatuut, goede en doelmatige zorg voor patiënten en transparantie over de kwaliteit van de zorg, moeten voor alle aanbieders gelijk zijn, ongeacht de omvang.

De leden van de SP-fractie vragen wat redenen zouden kunnen zijn voor grote instellingen om de samenwerking met kleine aanbieders af te wijzen. Zij geven aan dat het niet aan grote aanbieders is om de kwaliteit van kleine aanbieders te beoordelen en dat grote aanbieders kleine niet van de markt mogen drukken. Zij suggereren daarom een acceptatieplicht voor grote aanbieders.

In mijn brief geef ik aan dat er goede gronden moeten zijn voor grote aanbieders, bijvoorbeeld kwalitatieve, om een samenwerkingsovereenkomst met een kleine aanbieder te weigeren. Ik vertrouw erop dat partijen hier bij de uitwerking van het model kwaliteitsstatuut een nadere invulling aan geven in inhoudelijke en/of procedurele zin. Enerzijds moet het «uit de markt drukken» van kleine aanbieders worden voorkomen, anderzijds lijkt een acceptatieplicht mij ook een ongewenst uiterste. Samenwerking moet van onderop worden gedragen.

De leden van de SP-fractie vragen waar mijn ogenschijnlijk nonchalante houding ten opzichte van de kostenbeheersing vandaan komt.

Ik weet niet waar de leden van de SP-fractie deze stelling op baseren. Kostenbeheersing was, is en blijftheel belangrijk, daarom heb ik in mijn brief ook aandacht gevraagd voor doelmatigheid en kostenbeheersing. In mijn afweging hoe verder te gaan met het kwaliteitsstatuut in september en november zal ik zeker meenemen in welke mate er aandacht is voor deze aspecten.

Tevens vragen deze leden waarop mijn verwachting is gebaseerd dat zorgverzekeraars zich wel zullen committeren aan dit advies. Zij vragen of hier misschien toezeggingen aan zorgverzekeraars achter zitten of kostenbeheersing door het uit de markt drukken van de kleinere, ongecontracteerde zorgaanbieders. Zij vragen hoe ik voorkom dat het kwaliteitsstatuut voor zorgverzekeraars een stok wordt om niet-gecontracteerde zorgaanbieders mee te kunnen slaan.

Ik heb met zorgverzekeraars afgesproken dat zij bij de zorginkoop rekening houden met wat als een algemeen aanvaarde standaard is ingeschreven in het register van het Kwaliteitsinstituut. Zij zijn daarbij ook zelf betrokken. Ook zorgverzekeraars willen onnodige verschillen in eisen tussen zorgverzekeraars bij de zorginkoop voorkomen. Hier zitten geen toezeggingen aan zorgverzekeraars achter. Niemand wil kleine en ongecontracteerde aanbieders belemmeren goede en doelmatige zorg te verlenen, wel lijkt het mij terecht dat aanbieders die de organisatie van de zorg niet zodanig hebben ingericht dat er afdoende waarborgen zijn voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, er alles aan doen om te zorgen dat zij goede en doelmatige zorg verlenen op straffe van verlies van omzet. Zorgverzekeraars hebben geen stok om niet-gecontracteerde aanbieders mee te slaan. Juist om een gelijk speelveld te creëren tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders wil ik dat er een verplichting komt een kwaliteitsstatuut te hebben voor alle aanbieders van curatieve ggz.

De leden van de SP-fractie vragen welke partijen betrokken zijn bij de ontwikkeling van een model kwaliteitsstatuut.

Organisaties van patiënten, professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn betrokken bij de ontwikkeling van een model kwaliteitsstatuut.

Zij vragen hoe ik borg dat bij het opstellen van een model kwaliteitsstatuut, de kwaliteit leidend blijft en niet de prijs.

Ik vind dat verbetering van transparantie, kwaliteit en doelmatigheid het uitgangspunt moeten zijn voor het kwaliteitsstatuut.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen of het feit dat de regiebehandelaar degene is die de dbc's opent en sluit ook betekent dat de regiebehandelaar de eindverantwoordelijke zal zijn in het gehele zorgtraject.

De commissie schrijft dat de regiebehandelaar verantwoordelijk is voor de integrale behandeling (paragraaf 5.2 van het advies). Hij draagt echter niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde verrichtingen die zijn gelegen buiten het terrein waarop hij zelf deskundig is.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan uitleggen waarom zij niet, conform het advies van de commissie, een SPV met voldoende relevante werkervaring de gelegenheid wil geven regiebehandelaar te zijn.

Toetsbaarheid van de normen in het kwaliteitsstatuut vind ik erg belangrijk. Het moet voor alle betrokken partijen, patiënten, zorgverzekeraars en toezichthouders duidelijk zijn of een aanbieder voldoet aan wat in het kwaliteitsstatuut staat. De BIG-registratie is betrekkelijk eenvoudig na te gaan. SPV-ers staan niet als zodanig in het BIG-register. Het is voor alle genoemde partijen veel lastiger om na te gaan of een verpleegkundige inderdaad een SPV-er is met «voldoende» »relevante» werkervaring.

De leden van de CDA-fractie vragen de Minister om in te gaan op de opmerking die de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP) heeft gemaakt in haar brief van 9 juni 2015 over het «conceptwetsvoorstel Wmg versus vrije artsenkeuze». De LVVP merkt op dat het kwaliteitsstatuut de kwaliteit en de kosten borgt, er worden immers geen samenwerkingsafspraken gemaakt met aanbieders die de kwaliteit aantoonbaar niet op orde hebben. Daarmee zou het

wetsvoorstel met betrekking tot het macrobeheersinstrument overbodig worden.

Naar aanleiding van de brief «Kwaliteit loont» en de Kabinetsreactie op het rapport Borstlap en de evaluatie van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de NZa, wordt een wetswijziging voorbereid. In de periode van 23 april tot 20 mei 2015 heeft de internetconsultatie van dit wetsvoorstel plaatsgevonden. De Landelijke Vereniging Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP) is een van de partijen die op het conceptwetsvoorstel heeft gereageerd. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel zal gemotiveerd worden ingegaan op de reactie van de LVVP. De planning is dat het wetsvoorstel eind 2015 aan de Tweede Kamer wordt aangeboden. Zoals ik in mijn brief van 8 juli 2015 heb aangegeven, is dan ook de reactie op de internetconsultatie openbaar.

De leden van de CDA-fractie vragen of het niet zo is dat doordat het kwaliteitsstatuut niet regime-onafhankelijk wordt gemaakt, zorgaanbieders met verschillende kwaliteitseisen te maken krijgen, en dus juist met meer administratieve lasten te maken krijgen?

Dat hoeft niet. Alles is afhankelijk van de inhoud van het kwaliteitsstatuut. Het is logisch dat er juist een slag wordt gemaakt naar minder administratieve lasten, meer helderheid en breed gedragen consensus over kwaliteit.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke termijn ik de resultaten verwacht van de besprekingen over de agenda voor de toekomst van de ggz.

Ik verwacht de Tweede Kamer daar in het najaar over te kunnen informeren.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe ik de relatie tussen de omvang van de zorgaanbieder en de inhoud van het kwaliteitsstatuut zie en of ik hierin een opdracht zie aan de partijen bij de uitwerking van het kwaliteitsstatuut.

Ik zie het als een uitdaging voor de veldpartijen om te zorgen voor een passend model kwaliteitsstatuut voor zowel grote als kleine zorgaanbieders. Het is logisch als een kwaliteitsstatuut van een grote zorgaanbieder meer aandacht besteedt aan de interne organisatie van de zorg en een kwaliteitsstatuut van een kleine zorgaanbieder meer aandacht besteedt aan de samenwerking met andere zorgaanbieders.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe in het nieuwe systeem omgegaan zal worden met toekomstige nieuwe beroepsgroepen in de zorg. Op welke wijze kan een nieuwe beroepsgroep toetreden?

Het is de bedoeling dat straks alle aanbieders van curatieve ggz een kwaliteitsstatuut hebben, ongeacht het beroep van de aanbieder of de zorgverleners die bij de aanbieder werken. Het gaat dus niet om een kwaliteitsstatuut voor een beroepsgroep, maar voor een zorgaanbieder (een instelling of een vrijgevestigde).

De leden van de CDA-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat verschillende zorgverzekeraars verschillende eisen gaan stellen.

Door te zorgen voor draagvlak bij zorgverzekeraars voor de inhoud van het kwaliteitsstatuut en door het kwaliteitsstatuut gezamenlijk als vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan te bieden aan het Kwaliteitsinstituut voor opname in het register, zal

het kwaliteitsstatuut een leidraad zijn voor zorgverzekeraars voor de zorginkoop.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de zorginkoop voor 2017 kan verlopen met aanbieders die pas in het najaar van 2016 een kwaliteitsstatuut hebben.

Het streven van partijen is om het model kwaliteitsstatuut rond 1 januari 2016 gereed te hebben, zodat zorgaanbieders in het voorjaar van 2016 een kwaliteitsstatuut kunnen maken. Het proces van zorginkoop zal een stimulans zijn voor zorgaanbieders om voortvarendheid te betrachten bij het vaststellen van een kwaliteitsstatuut.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister voornemens is de orthopedagogen-generalist op te nemen in de Wet BIG en zo ja, wanneer deze opname zal zijn gerealiseerd.

Ik zal in 2016 een wetsvoorstel indienen bij uw Kamer dat beoogt de orthopedagoog-generalist op te nemen in de Wet BIG. Een garantie dat deze opname vóór 2017 is gerealiseerd kan ik niet bieden, dat is ook afhankelijk van het parlementaire proces.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Minister heeft besloten[11] *dat de orthopedagoog-generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog alleen in aanmerking komen voor het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis ggz.*

Ik heb ervoor gekozen in de aanloop naar een meer definitieve regeling van het regiebehandelaarschap voor het overgangsjaar 2016 geen wijzigingen aan te brengen in het hoofdbehandelaarschap.

De leden van de CDA-fractie vragen te bevestigen dat met de integrale bekostiging niet is beoogd wijzigingen aan te brengen in de rechtsverhouding patiënt – vrijgevestigd medisch specialist, zolang deze medisch specialist zelfstandig blijft en dat met de integrale bekostiging niet is beoogd nieuwe contractspartijen voor de patiënt te creëren.

Met de invoering van integrale bekostiging is inderdaad niet beoogd om de rechtsverhouding tussen patiënt en vrijgevestigd medisch specialist te wijzigen.

[11] Aanhangsel Handelingen II, 2012/13, nr. 3135 (Beantwoording Kamervragen over het hoofdbehandelaarschap van orthopedagoog-generalisten en kinder- en jeugdpsychologen, ontvangen 3 september 2013)